

LA DEPRESIÓN POSPARTO

EVA CHAPELA ORRI

Enfermera especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Agudos.
Parc Hospitalari Martí i Julià. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona).

RESUMEN

La depresión posparto es el trastorno afectivo más habitual durante el puerperio. No se conoce una etiopatogenia concreta que desencadene dicha enfermedad, pero está demostrado que las gestantes con factores de riesgo psicológicos tienen una mayor probabilidad de padecerla, con las secuelas personales, familiares, sociales, económicas y del desarrollo del bebé que comporta dicha afección. Se ha demostrado que la escasez de recursos internos de la mujer para afrontar y adaptarse al estrés psicosocial derivado de la maternidad favorece la aparición de dicha patología. El conocimiento de esta realidad por parte de los profesionales de enfermería hace que nos replanteemos la apuesta por la prevención de la depresión puerperal a través de estrategias psicológicas efectivas durante el embarazo.

Palabras clave: depresión, posparto, puerperal, posnatal, enfermería, prevención.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es la etapa de la mujer con mayor riesgo para la aparición de trastornos mentales, y la depresión posparto (DPP) es la patología afectiva más frecuente en dicha etapa¹. La comunidad científica proporciona porcentajes de prevalencia muy diversos debido a la heterogeneidad en la metodología aplicada; no obstante, ratifican que entre el 10 % y el 20 % de las mujeres sufren un trastorno depresi-

vo tras el nacimiento del bebé²⁻⁴, y que el riesgo de recurrencia aumenta en pospartos posteriores, entre el 10 % y el 35 %, si la mujer tiene antecedentes de DPP^{3,5}.

En la actualidad no se conocen causas concretas que desencadenen la depresión durante el posparto, sino que más bien se trata de una relación multifactorial entre la asociación de factores biológicos-hereditarios, psicológicos y sociales. Específicamente, tiene un papel primordial en esta etapa el Modelo de vulnerabilidad. Dicho modelo explica los trastornos psicológicos como resultado de una interacción entre vulnerabilidad genética o predisposi-

Correspondencia: E. Chapela
Correo electrónico: echapela@gmail.com

ción (diátesis «innata») y experiencias vitales (estresantes «adquiridos»), de manera que cuando se supera el umbral de tolerancia al estrés aparece dicho trastorno^{3,6}.

Según la bibliografía, los principales factores que ponen en riesgo a la puérpera son los siguientes:

- Antecedentes personales de depresión anterior.
- Sintomatología depresiva/ansiosa durante el embarazo actual.
- Escaso apoyo familiar.
- Acontecimientos vitales traumáticos o estresantes⁷.

En definitiva, aquellas mujeres que presenten factores de riesgo psíquicos durante el embarazo automáticamente mostrarán menos tolerancia a los estresantes, tal como el puerperio y, por tanto, mayor vulnerabilidad para la aparición de un trastorno afectivo⁸.

EXPOSICIÓN

La DPP es un trastorno con buen pronóstico si se consigue diagnosticar y tratar a tiempo. Simultáneamente, diversos autores han confirmado que se trata de un trastorno infradiagnosticado, ya que la mitad de los casos no se detectan puesto que se trata de una tarea complicada para los profesionales, quizá porque la propia mujer o la familia no perciben las alteraciones afectivas como una enfermedad sino como un defecto de sus capacidades como madre, por lo que no piden ayuda y se esfuerzan por seguir con sus obligaciones sin éxito. La mujer percibe incapacidad para experimentar los sentimientos positivos que aporta la maternidad. Y, por parte del personal de salud, distinguir los síntomas depresivos de las supuestas secuelas «normales» de la adaptación al posparto dificulta el reconocimiento de la patología^{9,10}.

Hay que añadir otro inconveniente a la dificultad de diagnóstico, ya que la aparición de la sintomatología depresiva oscila en una franja de tiempo dema-

Aquellas mujeres que presenten factores de riesgo psíquicos durante el embarazo mostrarán mayor vulnerabilidad para la aparición de un trastorno afectivo

siado extensa. Según la clasificación actual del *DSM-5*, los criterios diagnósticos utilizados para la depresión en el puerperio aplican el especificador «inicio en el posparto» a los trastornos depresivos que se manifiestan durante las 4 semanas posteriores al parto. En cambio, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), está presente una clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento leves asociados al puerperio, no clasificados en otras categorías con comienzo en las 6 semanas posteriores al parto^{11,12}.

Es decir, según el manual diagnóstico, si la clínica afectiva se manifiesta entre las 4 y las 6 semanas posteriores al parto debemos sospechar que pueda tratarse de una DPP. No obstante, según la bibliografía consultada, la mayor incidencia de este trastorno puede surgir en los primeros 3 meses tras el parto, incluso hay casos que debutan a lo largo del primer año, con lo cual las complicaciones para detectarla se agudizan.

La DPP cursa con sintomatología de depresión mayor que persiste durante al menos 2 semanas: tristeza y llanto, pérdida de interés por aficiones cotidianas, falta de libido, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, falta de concentración y atención, sentimientos de culpabilidad e incapacidad para afrontar el cuidado del recién nacido y ambivalencia en cuanto al afecto hacia el bebé, pensamientos recurrentes de muerte, entre otros. Dos características de la DPP son que casi siempre se acompaña de clínica ansiosa, que incluso supera a los síntomas depresivos, y preocupaciones obsesivas por la salud

del recién nacido pensando que está enfermo, y que pueden crear visitas reiteradas a la consulta médica. A diferencia de otros trastornos afectivos, en la DPP no hay alteraciones sensorio-perceptivas¹³⁻¹⁵.

Puesto que, frecuentemente, los controles posparto estándar son realizados por profesionales no especializados en salud mental, se han puesto en práctica en diversos países procedimientos de cribado psicológico universales. Con ese fin, la herramienta más utilizada, entre otras, es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS). Se trata de una escala diseñada exclusivamente para la detección de sintomatología depresiva en el periodo puerperal, que se pasa de manera sistemática a las 6-8 semanas posparto haciendo referencia a los 7 días previos. Es un cuestionario de 10 ítems autoaplicado que se organiza en rangos de puntuación de 0 a 3. Una puntuación entre 9 y 10 señala riesgo de DPP y, por tanto, derivación al especialista¹⁶.

Si la clínica afectiva se manifiesta entre las 4 y las 6 semanas posteriores al parto debemos sospechar que pueda tratarse de una depresión posparto

Indiscutiblemente, la DPP representa un papel destacado en términos de salud pública. El retraso en el diagnóstico supone un impacto negativo en la madre, en el hijo, en el vínculo madre-hijo y en la dinámica familiar, y aporta secuelas en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, tendencia a la cronificación del trastorno y un alto coste para el sistema sanitario^{17,18}.

De igual forma, se ha demostrado la existencia de factores protectores que disminuyen el riesgo de padecer una DPP. Algunos de ellos son los estilos cognitivos positivos o niveles elevados de autoestima materna¹⁶.

En nuestro país, el Sistema Nacional de Salud recomienda promover el bienestar psicológico y emocional de las gestantes y detectar factores psicosociales de riesgo. Con lo cual, enfermería, como profesional sanitario especializado en promoción de la salud, adquiere un papel decisivo a la hora de fomentar la salud mental positiva de la mujer embarazada. De esta manera, la futura madre adquiere un poderoso factor de protección contra enfermedades mentales y, por tanto, aumenta la capacidad de la mujer para adaptarse adecuadamente al estrés que le supone el desconocido mundo maternal.

Hay que enfatizar la necesidad que tiene la enfermera en ese momento de una formación psicológica que posibilite intervenciones sistematizadas, más allá de la «intuición», de incierto significado¹¹.

Hay países y situaciones en los cuales se provee de apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el puerperio, donde la incidencia de DPP es más baja¹³.

La puesta en marcha de programas sanitarios para entrenar a las mujeres en el desarrollo de su inteligencia emocional, entendida esta como la habilidad para identificar y aceptar las emociones y así poder manejarlas de forma constructiva, puede prevenir problemas de salud mental en el puerperio como la depresión o la ansiedad¹⁹.

Está demostrado que los programas de profilaxis obstétrica disminuyen la ansiedad, la duración y la sensación dolorosa durante el parto, así como la mejora de la actitud frente al mismo. Sin embargo, no se especifican los posibles beneficios de este tipo de estrategias en relación con el posparto y más concretamente en los trastornos depresivos²⁰.

En España, ya desde el año 1959, la psicoprofilaxis obstétrica forma parte de las prestaciones del sistema sanitario público. Tal término viene definido como un programa educativo consistente en preparar adecuadamente a la mujer en su embarazo, parto y puerperio con el objetivo de prevenir en la atención obstétrica. Con el paso del tiempo, las demandas por parte de las mujeres han ido en aumento, quizá

porque estas se han vuelto más participativas en su propio parto, y desde hace años la educación maternal está incluida en el plan integral de atención a la mujer –atención al embarazo, parto y puerperio– que ofrece el Instituto Nacional de Salud.

DISCUSIÓN

Con el propósito de mejorar la salud de la gestante, enfermería puede plantearse la prevención de la DPP a través de la educación para la salud. Como se ha comentado, el embarazo adquiere un papel protector frente al puerperio, puesto que es esta última etapa la que presenta mayor tasa de incidencia de dicha patología. En consecuencia, el embarazo es una buena etapa donde ejercer prevención y promoción de la salud mental, ya que es mucho más favorable e, indiscutiblemente, menos costoso que hacer un tratamiento una vez establecida la depresión.

Hoy por hoy, como ya hemos citado anteriormente, no existe un consenso sobre la etiopatogenia de la DPP, con lo cual no se puede trabajar en ese aspecto. Pero sí hay evidencia de la influencia de los factores de riesgo en el modelo vulnerabilidad-estrés de cada persona. Dicho modelo especifica que mayor vulnerabilidad, en este caso existencia de factores de riesgo psicológicos previos, representa menor tolerancia a los estresantes tal como el puerperio. Por tanto, los factores de riesgo están directamente relacionados con la DPP y añadir una nueva estrategia preventiva al plan actual podría resultar beneficioso para ayudar a las embarazadas a adaptarse fisiológicamente a los cambios que surgen en la etapa puerperal.

Promover estrategias psicológicas efectivas durante el embarazo como táctica adyuvante debería ayudar a prevenir la depresión posparto

Según la OMS, la promoción de la salud mental fomenta la salud mental positiva aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, actuando esta como un poderoso factor de protección contra enfermedades mentales. De ahí que la prevención de dichas enfermedades puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de la salud mental.

Hay investigaciones que demuestran la eficacia de los programas grupales con la finalidad de educar a los usuarios de una cognición positiva, evitando los pensamientos negativos, mejorando las habilidades en resolución de problemas, demostrando disminución de la sintomatología depresiva y previniendo los episodios de depresión²¹.

En definitiva, promover estrategias psicológicas efectivas durante el embarazo como táctica adyuvante debería ayudar a prevenir la DPP. Y cuando mencionamos prevenir nos referimos a que gracias a dicha acción disminuiríamos la prevalencia y la incidencia de la DPP en aquellas gestantes en condición de riesgo para desarrollar tal trastorno mental, reduciendo por tanto el impacto que le provoca a la mujer afectada, a la familia y a la sociedad.

Como resultado de la investigación y posterior reflexión pensamos que, ya que enfermería tiene una labor fundamental a la hora de trabajar la prevención, una acción conjunta entre los equipos comunitarios de salud mental y primaria, ya sea en materia grupal y/o individual, mejorarían la calidad de la prevención primaria, secundaria y terciaria en materia de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tobón-Borrero L. Predictores de depresión posparto en puérperas atendidas en la ESE municipal. Villavicencio, 2014. Duazary. 2015;12(1):23-31.
2. Dennis CL, Creedy D. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto (revisión Cochrane traducida). Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD001134.

3. García Vega M. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes. Madrid: Universidad Complutense; 2010.
4. Moreno Mojica C, Rincón Villa Mil T, Arenas Cárdenas YM, Sierra Medina D, Cano Quintero AP, Cárdenas Pinzón DL. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Cuidarse*. 2014;5(2):739-47.
5. Pedrós Roselló A. Depresión posparto. Factores predictivos e intervención temprana. *Jano*. 2008;(1709):3-9.
6. Reyes López Martínez J, Urtaran Ibarzabal Z, Prieto Domenech S, Herraiz Soler Y. Depresión durante el embarazo. *Enferm Integr*. 2008;17-9.
7. Ministerio de Salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto, y apoyo al tratamiento. Santiago de Chile: Minsal; 2014. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
8. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y posparto. *Matronas Prof*. 2006;7(4):5-11.
9. Santacruz Fernández MF, Serrano Andrade FX. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca; 2014. Disponible en: <http://dSPACE.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21717/1/Tesis.pdf>
10. Ortiz Collado MA, Valls J. La depresión postnatal, un problema de salud justificado con ayuda de un meta análisis: investigar para argumentar mejor; 2º premio de investigación de la ANESM. 2004. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/09/pinv2004accesit1.pdf>
11. American Psychiatric Association; DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
12. CIE-10. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
13. Arteaga Galobardes D, Serrano Monzó I. Asistencia de la matrona a la mujer con problemas de salud durante el puerperio (II): infecciones, alteraciones tromboembólicas y problemas de salud mental. *Matronas Prof*. 2003;4(12):34-41.
14. Arranz Lara LC, Aguirre Rivera W, Ruiz Ornelas J, Gaviño Ambriz S, Cervantes Chávez JF, Carsi Bocanegra E, et al. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(6):341-8.
15. Oviedo Lugo GF, Jordán Mondragón V. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Med*. 2006;47(2):131-40.
16. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2012;38(4):0-0.
17. Barra AF, Barra AL, Solís GL. Depresión posparto, hacia un tratamiento integral. *Actual Psicoter Integr*. 2009;1:77-88.
18. Seguranyes-Guillot G. Depresión posparto: ¿hacemos todo lo que podemos? *Matronas Prof*. 2003;13:3.
19. Prevenir la depresión posparto puede ser posible fomentando capacidades saludables de inteligencia emocional. *Psiquiatría.com* [portal]. 2010. [Última consulta: 19 de junio de 2015.] Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/noticias/depresion/prevenccion>
20. García del Campo L. Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en la incidencia de la depresión postparto. *Nure Investig* [online]. 2003; (0). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_obj.cfm?ID_INV_NURE=22
21. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.